

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:312–319
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03668-6>
 Eingegangen: 28. August 2022
 Angenommen: 26. Januar 2023
 Online publiziert: 6. Februar 2023
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2023



Jana Maeffert¹ · Christiane Tennhardt²

¹ Gyn-Praxis Nova, Berlin, Deutschland

² Projekt „Schwangerschaftsabbruch zu Hause“, Familienplanungszentrum Balance e. V., Berlin, Deutschland

Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: Gesetzeslage, Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie

Einleitung

Vulnerabilität ist die Verwundbarkeit eines Menschen gegenüber negativen Einflüssen. Jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens mehrmals Phasen einer erhöhten Vulnerabilität ausgesetzt [1].

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt für viele Betroffene eine Zeit der grundsätzlichen Konfrontation mit Lebensplänen und -perspektiven dar. Besonders die Zeit bis zur Entscheidung bzw. Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs (SAB) wird als besonders belastend empfunden. Verschärft wird die Belastung durch Hürden, die den Betroffenen durch die deutschen gesetzlichen Vorgaben geschaffen werden. Vulnerable Gruppen, wie etwa Alleinerziehende und Schwangere mit niedrigem Bildungs-/Einkommensniveau, sind davon in besonderem Maße betroffen.

Schwangerschaftsabbrüche (SAB) sind etwas Alltägliches in Deutschland. Im Jahr 2020 wurden rund 100.000 Abbrüche gemeldet [2]. Das sind etwa 273 pro Tag. Laut der Studie „frauen leben 3“ haben 13 % aller jemals Schwangeren schon einmal einen oder mehrere

Abbrüche angegeben. Dies entspricht fast jeder achten dieser Frauen [3].

In diesem Diskussionsbeitrag wird den Fragen nachgegangen, welche (insbesondere gesetzlichen) Hürden in Deutschland für einen SAB zu überwinden sind, inwiefern vulnerable Gruppen von der Problematik besonders betroffen sind und welche aktuellen Entwicklungen es z. B. durch die COVID-19-Pandemie gibt. Außerdem wird die Rolle der Verhütung beleuchtet und die verschiedenen Methoden des SAB erklärt, inklusive neuer Ansätze wie einer telemedizinischen Begleitung.

Fakten und Zahlen zum Schwangerschaftsabbruch

Eine unbeabsichtigte (Synonym: ungeplante) Schwangerschaft¹ kann gewünscht oder ungewollt sein und wird

¹ Sprache ist wichtig, wenn von unbeabsichtigten Schwangerschaften die Rede ist. Sie sind nicht dasselbe wie ungewollte Schwangerschaften und Schwangere sind nicht dasselbe wie Mütter. Nicht alle Menschen, die schwanger werden, sind Frauen oder Mädchen – auch trans Männer und nicht-binäre Personen können schwanger werden. Insbesondere diese Personengruppen müssen beträchtliche Hindernisse überwinden, um eine vorurteilsfreie sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung und Empfängnisverhütung zu bekommen und ha-

vom United Nations Population Fund (UNFPA) wie folgt definiert: eine Schwangerschaft, die bei einer Frau eingetreten ist, die keine (weiteren) Kinder haben wollte, oder die zum falschen Zeitpunkt eingetreten ist, d. h. früher als gewünscht. Diese Definition gilt unabhängig vom Ausgang der Schwangerschaft (Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Geburt; [4]).

Die meisten Schwangeren, die sich für einen SAB entscheiden, sind zwischen 20 und 40 Jahre alt. Nur 3 % der Betroffenen sind unter 18 Jahre alt (Abb. 1). Fast 60 % der Frauen, die einen SAB durchführen lassen, haben schon Kinder [2]. Personen, die sich für einen SAB entscheiden, entscheiden sich also oft nicht grundsätzlich gegen Kinder.

2019 gaben 77 % der Bevölkerung unabhängig vom Einkommen die Familie als ihren wichtigsten Lebensbereich an, noch vor dem Beruf und dem Freundeskreis. Bei Eltern mit minderjährigen Kindern waren dies sogar 91 %. 2017 stimmten 68 % (Westdeutschland) und 78 % (Ostdeutschland) der Aussage zu, dass „ohne Kinder etwas im Leben fehlt“ [5].

ben deshalb ein erhöhtes Risiko, unbeabsichtigt schwanger zu werden [4].

Die beiden Autorinnen sind Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe.

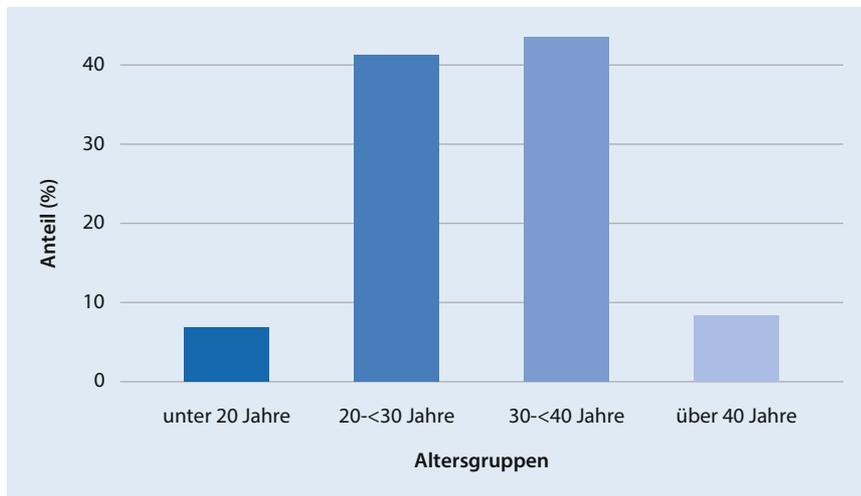


Abb. 1 ▲ Anteil verschiedener Altersgruppen bei Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland im Jahr 2021 [2], eigene Abbildung

2021 wurden in Deutschland fast 800.000 Geburten gemeldet [2], das Verhältnis von Geburten zu SAB beträgt damit 8:1. Pro Jahr finden rund 60 Abbrüche pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter statt. In anderen Teilen Europas liegen die Zahlen z. T. deutlich höher. So gibt es beispielsweise in England/Wales jährlich rund 625.000 Lebendgeburten und 215.000 SAB (Verhältnis 3:1). Die Rate pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter (15–44 Jahre) liegt dort bei 186 Abbrüchen [6].

Vergleicht man die drei Jahre vor der Pandemie mit den Jahren 2020/2021, hat sich die absolute Zahl der SAB in Deutschland nur unbedeutend verändert. In **Abb. 2** werden die 1. Quartale der Jahre verglichen, für 2021 ist hier nur ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Die Gesetzeslage in Deutschland

In Deutschland gibt es 3 Indikationen für einen Schwangerschaftsabbruch (**Tab. 1**). Wichtig ist, dass alle drei Indikationen als Tötungsdelikt in den §§ 218 ff. Strafgesetzbuch verankert sind. Die medizinischen und kriminologischen Indikationen sind im Gegensatz zur „Beratungsregelung“ nicht rechtswidrig. Allerdings werden die Beteiligten – unter Einhaltung umfangreicher Vorgaben – nicht bestraft. Die Einbettung im Strafgesetzbuch hat weitreichende Konsequenzen, aus ihm leiten sich viele

weitere Vorschriften ab, die Hindernisse für alle Beteiligten darstellen. So kann eine „strafbare Handlung“ z. B. keine Krankenkassenleistung sein, Ärzt*innen fürchten sich vor Anzeigen durch Abtreibungsgegner*innen und Abtreibungsmedikamente sind nicht über Rezept zu erhalten.

96% aller SAB werden nach der Beratungsregelung durchgeführt (**Abb. 3**). Meist finden diese in den ersten 12 Wochen nach Befruchtung statt.

Welche Faktoren beeinflussen die Entscheidung zur Beendigung oder Fortführung einer Schwangerschaft?

Laut der Studie „frauen leben 3“ soll mit einem SAB die Geburt eines ersten oder weiteren Kindes entweder verschoben oder die Kinderzahl begrenzt werden. Faktoren, die die Entscheidung für einen SAB beeinflussen, sind vor allem [3]:

- eine schwierige Partnersituation (an erster Stelle),
- berufliche und finanzielle Unsicherheit,
- die schwierige Vereinbarkeit von Familie bzw. Familienplanung und Beruf (insbesondere bei jüngeren Frauen),
- eine unzureichende Wohnsituation.

Alleinerziehende – zu ca. 90% sind es Frauen – sind überproportional häufig von Armut und damit von geringerer gesellschaftlicher Teilhabe betroffen [7]. So lag die Armutsrisikoquote der gesamten Bevölkerung im Jahr 2016 bei 16,5% und bei Alleinerziehenden bei 32,5% [8]. Ihr Einkommen sank während der Pandemie um fast 25% [5]. Im Zuge der Coronakrise sank die Erwerbsbeteiligung von Frauen stärker als die von Männern. Frauen übernahmen mehr unbezahlte Sorgearbeit.

In der Studie „frauen leben 3“ wurde festgestellt, dass die Bildung eine Rolle bei der Häufigkeit von SAB spielt. So treiben Schwangere mit hohem Bildungsstand seltener ab als diejenigen mit niedrigem (5,9% vs. 14,2%). Hier wird ein Zusammenhang deutlich, denn ein niedriger Bildungsstand geht häufig mit einem niedrigen Einkommen einher [3].

Eine Befragung der Hans-Böckler-Stiftung ergab, dass 2020 pandemiebedingt „große Sorgen um die eigene wirtschaftliche Situation“ und eine „äußerst oder stark belastende finanzielle Situation“ umso stärker ausgeprägt waren, je niedriger das Haushaltseinkommen war.

Die Studie zitiert: „Gut, wäre man alleine ohne Kinder, wäre es nicht so schlimm, das Finanzielle. Aber wenn man schon Kinder hat und wenn man weiß, was ein Kind kostet, da hat man echt Angst irgendwie, dass es doch am Geld fehlen könnte“ [9].

Hier soll noch angemerkt werden, dass ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung nicht zu den Leistungen der Krankenkassen gehört. Er kostet je nach Methode zwischen 250€ und 650€. Allerdings kann nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) bei einem geringen Nettoeinkommen (Stand 2021: ≤ 1258€) eine Kostenübernahme beantragt werden [10].

Die Zahl derjenigen, die von dieser Kostenübernahme Gebrauch machen, liegt bei ca. 60–70%. Hierfür gibt es keine offiziellen Daten. Sie beruht auf persönlichen Statistiken aus der gynäkologischen Praxis bzw. Schätzungen von Konfliktberatungsstellen, nach deren Angaben etwa jede dritte Betroffene Anspruch auf eine Kostenübernahme hat.

J. Maeffert · C. Tennhardt

Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: Gesetzeslage, Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie

Zusammenfassung

Schwangerschaftsabbrüche sind etwas Alltägliches in Deutschland. Seit Jahren verändern sich die Zahlen nur sehr wenig, so finden pro Jahr rund 60 Abbrüche pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter statt. Die Betroffenen und die durchführenden Ärzt*innen müssen viele Hürden nehmen, die ihnen die Gesetzgebung (u. a. §§ 218 ff., Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) vorgibt.

In diesem Diskussionsartikel werden Daten und Fakten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland dargestellt. Zudem werden Fragen beantwortet: Was sind die Gründe für eine unterlassene Verhütung? Welche Faktoren bewegen ungeplant Schwangere dazu, die Schwangerschaft abbrechen?

Welche Abbruchmethoden gibt es? Welche Hürden sind es, die vor einem Abbruch genommen werden müssen? Die Gesetzeslage in Deutschland wird geschildert und erklärt, inwiefern vulnerable Gruppen, wie etwa Alleinerziehende, Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen oder niedrigem Bildungsniveau, besonders von den entstehenden Herausforderungen betroffen sind. Zudem sind in den letzten Jahren immer weniger Ärzt*innen bereit, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Zu den Gründen zählen, neben persönlichen Motiven, dem hohen Aufwand und der unzureichenden Vergütung, u. a. auch die Auseinandersetzung mit Strafanzeigen und Anfeindungen. Dies hat zur Folge, dass die durchführenden Praxen rar und für die

ungewollt Schwangeren schwer zu erreichen sind. Durch die COVID-19-Pandemie hat sich die Situation v. a. für die vulnerablen Gruppen weiter verschärft. Allerdings ist zu beobachten, dass telemedizinische Angebote für den Schwangerschaftsabbruch „zu Hause“ an Zuspruch gewonnen haben. Damit ungewollt Schwangere auch zukünftig die notwendige professionelle Versorgung erhalten, müssen dringend Maßnahmen zur Verringerung der verschiedenen Hürden ergriffen werden.

Schlüsselwörter

Schwangerschaftsabbruch · Ungewollte Schwangerschaft · Vulnerable Gruppen · COVID-19-Pandemie · Telemedizin

Abortion in Germany: legal situation, challenges and current developments considering the COVID-19 pandemic

Abstract

Abortions are commonplace in Germany. For years, the numbers have changed very little, with about 60 abortions per 10,000 women of reproductive age per year. Those affected and the doctors who perform the abortions have to overcome many hurdles imposed on them by legislation (e.g., §§ 218 ff., Pregnancy Conflict Act).

This discussion paper presents data and facts on abortion in Germany. In addition, the following questions are answered: What are the reasons for not using contraception? What factors motivate unplanned pregnant women to terminate their pregnancy? What abortion methods are available? What are the

hurdles that have to be overcome before an abortion? The legal situation in Germany is described and it is explained how vulnerable groups such as single parents and people with poor German language skills or a low level of education are particularly affected by the challenges that arise. Moreover, in recent years, fewer and fewer doctors are willing to perform abortions. In addition to personal motives, the high effort, and inadequate remuneration, the reasons include dealing with criminal complaints and hostility. As a result, the practices that perform the procedure are rare and difficult to reach for unintentionally pregnant women. The

COVID-19 pandemic has further aggravated the situation, especially for vulnerable groups. However, it has been observed that telemedical offers for abortion “at home” gained in popularity. To ensure that unintended pregnant women continue to receive the professional care they need in the future, urgent measures must be taken to reduce the various hurdles.

Keywords

Abortion · Vulnerable groups · Unintended pregnancy · COVID-19-pandemic · Telemedicine

Allerdings trifft der Zusammenhang zwischen Armut und unbeabsichtigter Schwangerschaft nicht automatisch zu, obgleich er häufig benannt wird. Viele Frauen, die in Armut leben, betrachten Schwangerschaften ggf. als unausweichlich, leben unter Bedingungen, die große Familien begünstigen, oder sehen durch den Transfer von Sozialleistungen Kinder evtl. auch als weitere Einkommensquelle an.

Der Abbruch oder die Fortführung einer Schwangerschaft sind mit dem jewei-

ligen Wohnort und dessen Einwohnerzahl assoziiert. So unterscheiden sich die Schwangerschaftsabbruchzahlen in den verschiedenen Bundesländern deutlich: Zum Beispiel gibt es in Berlin 116 Abbrüche pro 10.000 fertilen Frauen gegenüber z. B. 44 Abbrüchen pro 10.000 in Baden-Württemberg [2]. Laut „frauen leben 3“ ist es u. a. in Großstädten (> 500.000 Einwohner*innen) am wahrscheinlichsten und bei Orten mit unter 2000 Einwohner*innen am unwahrscheinlichsten, dass eine Schwangere sich

zu einem Abbruch entscheidet [3]. Wirtschaftliche Faktoren sind auch hier ein möglicher Erklärungsansatz.

Beispiel Baden-Württemberg: Zusammen mit Bayern hat dieses Bundesland die niedrigsten Abbruchzahlen in Deutschland. Es ist ein Flächenstaat mit großer Wirtschaftskraft, niedriger Erwerbslosen- und Armutsgefährdungsquote. Die durchschnittliche Gemeinde in Baden-Württemberg hat rund 5000 Einwohner, 20 % leben in Städten über 100.000, rund 14 % in unter 5000 und

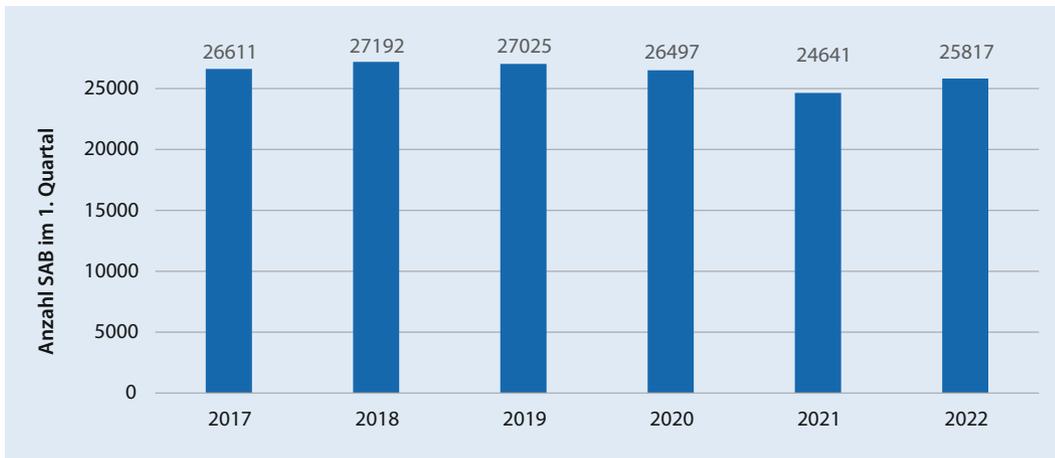


Abb. 2 ◀ Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (SAB) in Deutschland im 1. Quartal der Jahre 2017–2022 [2], eigene Abbildung

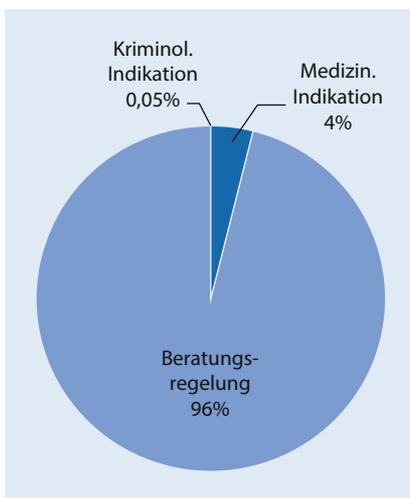


Abb. 3 ▲ Schwangerschaftsabbruch nach Indikation in Deutschland 2021 [2], eigene Abbildung

36 % in 5000 bis 20.000 Einwohner*innen großen Gemeinden [11].

Beispiel Berlin: Laut statistischem Bundesamt liegt Berlin bei den Abbruchzahlen regelmäßig an der Spitze. Die dicht besiedelte, urbane Metropole hat eine hohe Verschuldung, Armutsgefährdungs- und SGB-II-Hilfequote² sowie ein niedriges Durchschnittseinkommen. Berlin hat einen höheren Anteil von Kinderlosen, Alleinstehenden mit und ohne Kinder und nicht konventionellen

² SGB-II-Hilfequoten geben den Anteil von hilfebedürftigen Personen an einer bestimmten Bevölkerungsgruppe an. Als „hilfebedürftig“ werden hier Personen bezeichnet, wenn sie berechtigt sind, Leistungen (Grundsicherung für Arbeitssuchende) nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) zu erhalten.

Lebensformen. Die Selbstständigkeit der Frauen mit starker Erwerbsorientierung hat hier einen höheren Stellenwert als in ländlichen Regionen Deutschlands. In Berlin spielen in Hinblick auf die hohen Abbruchzahlen sicher besondere sozioökonomische Faktoren eine Rolle.

Welche Rolle spielt die Verhütung?

Deutschland gehört zu den Ländern, in denen relativ sicher verhütet wird. Bei einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gaben 2018 über 70 % der sexuell aktiven Bevölkerung an, ein Verhütungsmittel zu verwenden. Bei den 18- bis 30-Jährigen benutzten 58 % das Kondom bzw. 56 % die Pille, davon 35 % das Kondom als alleiniges Verhütungsmittel [12]. Dies bestätigt auch die Studie „KiGGS Welle 2“ (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut): 76,5 % der Frauen zwischen 18 und 31 Jahren geben an, Verhütungsmittel zu verwenden. Frauen in fester Partnerschaft verhüten mit 68,2 % weniger häufig als ohne feste Beziehung (79 %; [13]).

Dagegen zeigte eine Auswertung aus dem Jahr 2021, dass bei fast 62 % der unbeabsichtigten Schwangerschaften kein Verhütungsmittel benutzt wurde. Betrachtet man alle Schwangerschaften, ist fast jede fünfte Schwangerschaft aufgrund unterlassener Verhütung entstanden, obgleich kein Kinderwunsch bestand [14]. Von den unbeabsichtigt Schwangeren wurden drei hauptsächli-

che Motive für die unterlassene Verhütung genannt [14]:

- latenter Kinderwunsch, eine Schwangerschaft wird nicht grundsätzlich abgelehnt (betrifft ca. ein Drittel der Befragten),
- individuelle und strukturelle Hürden bei der Benutzung von Verhütungsmitteln, wie z. B. gesundheitliche Vorbehalte oder eine zu hohe finanzielle Belastung,
- die irrtümliche Annahme, nicht schwanger werden zu können.

Die biografische Situation spielte für die Befragten dabei eine große Rolle. Bei fast 20 % lagen keine statistisch verwertbaren Motive vor.

Beim Zugang zu Verhütung sind finanziell schlechter gestellte vulnerable Gruppen häufiger benachteiligt, da Verhütungsmittel nur für unter 22-Jährige eine Krankenkassenleistung sind. Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und mit Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen (vor allem Arbeitslosengeld II) berichten häufiger davon, auf Verhütungsmittel zu verzichten [14].

Mit dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellprojekt „biko“ wurde 2017/2018 ein Zugang zu einer Kostenübernahme für Verhütung erprobt. Jede zweite Frau gab an, sie würde ohne die finanzielle Unterstützung durch „biko“ entweder gar nicht oder mit einer deutlich unsichereren Methode verhüten. Die zweitgrößte Nutzerinnengruppe von „biko“ waren Frauen, die trotz Berufstätigkeit über ein geringes Einkommen ver-

Tab. 1 Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: Indikationen und gesetzliche Regelungen

Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1 StGB (Rechtswidrig, aber unter strengen Bedingungen straffrei) Die Betroffene hat ihre persönlichen Gründe, die Schwangerschaft nicht auszutragen	Kriminologische Indikation nach § 218a Abs. 3 StGB (Nicht rechtswidrig) Schwangerschaftseintritt nach Sexualdelikt/ Vergewaltigung	Medizinische Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB (Nicht rechtswidrig) Die Schwangerschaft gefährdet das psychische und physische Wohl der Betroffenen
In allen 3 Fällen darf der SAB nur auf Verlangen der Schwangeren durchgeführt werden		
Möglich bis 13 Wochen und 6 Tage der Schwangerschaft (nach dem 1. Tag der letzten Regel)		Keine zeitliche Regelung, wird jedoch meist nur bis zur 22. Woche durchgeführt
Verpflichtende Beratung in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle, Vorlegen eines Beratungsscheins	Keine Strafanzeige notwendig, Indikation durch jede Ärzt*in möglich; keine verpflichtende Beratung	Angebot der freiwilligen fachübergreifenden medizinischen und psychosozialen Beratung
3 Tage Bedenkzeit zwischen Beratung und SAB	Keine Bedenkzeit	3 Tage Bedenkzeit nach Diagnose, außer bei Lebensgefahr für die Schwangere
Beratende bzw. indikationsstellende Ärzt*innen dürfen die SAB nicht selbst durchführen		
Selbstzahlerleistung, ggf. Kostenübernahme durch das jeweilige Bundesland	Leistung der Krankenkasse	

SAB Schwangerschaftsabbruch, StGB Strafgesetzbuch

fügen. Über 50 % entschieden sich für Langzeitverhütungsmethoden (z. B. Spiralen). Etwas mehr als ein Viertel erhielt eine erstmalige Kostenübernahme für die Pille [15].

Hürden für einen Schwangerschaftsabbruch

Entgegen den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und der von der Bundesregierung unterschriebenen menschenrechtlichen Verpflichtung im UN-Frauenrechtsausschuss in Deutschland gibt es viele gesetzliche Vorgaben und Hürden für den Abbruch einer Schwangerschaft. Diese sind medizinisch unbegründet. Es gibt Hürden, die die Schwangere betreffen, aber auch Schwierigkeiten für Ärzt*innen, die Leistung eines SAB anzubieten (Tab. 2).

Die Vorstellung, dass Hürden, Verbote bzw. strenge Gesetze Schwangerschaftsabbrüche vermeiden, ist eine frauenfeindliche Haltung. Sie unterstellt den Betroffenen, sich leichtfertig für einen Abbruch zu entscheiden. Die Realität in Ländern mit restriktiver Gesetzgebung zeigt, dass weder die Anzahl der Lebendgeburten höher noch die Zahl der Abbrüche niedriger ist. Anzunehmen ist,

dass die Konsequenz von Restriktionen lediglich ist, dass Betroffene „unsichere Abbrüche“ wählen und damit ihre Gesundheit und z. T. ihr Leben aufs Spiel setzen.

Mit 96 % erfolgt ein SAB am häufigsten nach der Beratungsregelung (Abb. 2). Hierbei werden die Betroffenen aufgefordert, ihre persönlichen Gründe bei einer Beratungsstelle darzulegen und bekommen danach einen Beratungsschein. Obwohl die Beratung ergebnisoffen sein soll, ist doch folgendes im Schwangerschaftskonfliktgesetz formuliert: „Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen“ [10].

Diese Verpflichtung zur Beratung bedeutet eine zusätzliche Hürde, die mit Terminvereinbarung, Anfahrt, ggf. psychischem Stress, vor einer fremden Person persönliche Dinge preiszugeben, um einen Beratungsschein zu erhalten, verbunden ist.

Die Entwicklung der Versorgung in den letzten Jahren

In Hinblick auf das Angebot an Einrichtungen, die SAB durchführen, ist im § 13 (2) SchKG lediglich die gesetzliche Sicherstellung eines „... ausreichenden Angebot(s) ambulanter und stationärer Einrichtungen“ gefordert. Dieses Angebot wird im Allgemeinen so ausgelegt, dass es für die Schwangeren möglich sein sollte, an einem Tag hin und wieder zurück nach Hause zu kommen. Ärzt*innen, die SAB durchführen, müssen jeden Abbruch an das statistische Bundesamt melden. Danach hat sich die Gesamtzahl der Meldestellen seit 2003 von 2050 auf 1089 im Jahr 2022 fast halbiert [2, 23]. Ende 2020 gab es fast 12.000 niedergelassene Gynäkolog*innen in Deutschland [16]. Das heißt, dass nur etwa jede*r 12. Frauenärzt*in in der Praxis Abbrüche durchführt.

Um die Informationslage für die Betroffenen zu verbessern, beschloss der Bundestag im Februar 2019, eine Liste der SAB durchführenden Ärzt*innen auf der Internetseite der Bundesärztekammer zu veröffentlichen. Der Eintrag in diese Liste ist freiwillig. Von den rund 1100 Meldestellen waren Mitte 2022 nur etwa ein Drittel auf dieser Liste aufgeführt [17]. Dies stellt eine weitere Hürde dar, sind doch durchführende Ärzt*innen für die Betroffene – vor allem wohnortnah – schwer zu finden. Hinzu kommt die ungleiche geografische Verteilung. So gibt es in Großstädten wie Berlin und Hamburg ausreichend Praxen, die auch die verschiedenen Methoden anbieten. In bestimmten Gebieten – vor allem im ländlichen Bayern – sieht es ganz anders aus: 48 Ärzt*innen führen ca. 11.500 SAB pro Jahr durch, davon praktizieren fast zwei Drittel in München [18].

Im Jahr 2020 führten in Niedersachsen 90 Ärzt*innen fast 9000 Abbrüche durch. Im Rundbrief 48 des Netzwerkes Frauen, Mädchen und Gesundheit aus Niedersachsen vom Juli 2022 wird davon ausgegangen, dass Betroffene in bestimmten Gebieten bis zu 150 km Fahrt in Kauf nehmen müssen, um zu einer SAB-Praxis zu kommen [19]. Dies war vor der COVID-19-Pandemie so und verschärft sich in Zukunft eher, da viele dieser Ärzt*innen

Tab. 2 „Hürden“ beim Schwangerschaftsabbruch für Schwangere und Ärzt*innen	
Hürden für Schwangere	Beratungsverpflichtung bei einer staatlich anerkannten Beratungsstelle (§ 218a Abs. 1 StGB und §§ 5 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz) statt Freiwilligkeit
	Einhaltung der Wartefrist von 3 Tagen ab Tag der Beratung (§§ 218 ff. StGB) statt einer freien Wahl des Entscheidungszeitraums
	Gesetzlich festgelegte Trennung von beratender und durchführender Person (§§ 218 ff. StGB; normalerweise klärt eine Ärzt*in auf und kann dann einen medizinischen Eingriff durchführen)
	Einschränkung der Methoden durch begrenzte Zulassungen, die nicht medizinisch begründet sind (z. B. medikamentöse Methode nur bis Woche 9+0)
	Erschwerte Suche von Einrichtungen, da viele Ärzt*innen trotz Streichung des § 219a StGB die Leistung nicht öffentlich publik machen wollen
Hürden für Ärzt*innen	Sondervertriebsgesetz statt Rezept für die beim SAB eingesetzten Arzneimittel (§ 47a Arzneimittelgesetz)
	Unterschiedliche und z. T. wenig transparente Sonderregelungen in den verschiedenen Bundesländern für Ärzt*innen, die SAB durchführen wollen
	Erschwerte Ausbildung und Fortbildung durch Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs im StGB
	Bürokratischer Aufwand der Abrechnung (nicht wie üblich über die „normale Abrechnung“ mit der Kassenärztlichen Vereinigung; §§ 5 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz)
	Stigmatisierung durch Abtreibungsgegner*innen statt Schutz des Staates vor Hetze und Gehsteigbelästigung

SAB Schwangerschaftsabbruch

Tab. 3 Abläufe bei medikamentösem und operativem Schwangerschaftsabbruch im Vergleich		
Tag	Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch (mSAB)	Operativer Schwangerschaftsabbruch (opSAB)
1	Voruntersuchung mit Ultraschalluntersuchung, ggf. Blutentnahme, Aufklärung	Voruntersuchung mit Ultraschalluntersuchung, ggf. Blutentnahme, Aufklärung
2	Einnahme Mifepriston (kann auch am selben Tag wie die Voruntersuchung stattfinden)	Vorstellung Anästhesie, Operationstag
4	Anwendung von Misoprostol (zu Hause oder in der Praxis)	–
Kontrolle ^a	Nach 1–3 Wochen	Nach 1–6 Wochen

^aDie Kontrolluntersuchung kann entfallen, wenn die betroffene Person beschwerdefrei ist, ein Kontroll-Ultraschall nach Beendigung des Eingriffs erfolgt ist oder beim mSAB ein spezieller Schwangerschaftstest nach 14 Tagen negativ ist

ins Rentenalter kommen und die Nachfolger*innen keine SAB mehr machen (wollen oder können). Noch gibt es keine belastbaren Zahlen, warum immer weniger Ärzt*innen einen SAB anbieten. Eine vom Bundesgesundheitsministerium unterstützte Studie wird erst 2023 belastbare Daten vorlegen können (<https://elsa-studie.de>).

Aus der persönlichen Erfahrung der Autorinnen gibt es – neben sehr persönlichen Motiven – verschiedene weitere Gründe für diesen Rückgang: Strafanzeigen und Internethetze durch Abtreibungsgegner*innen, sog. „Gehsteigemonstrationen“ vor den Praxen,

der hohe organisatorische Aufwand, Einschränkungen durch die gesetzlichen Bestimmungen oder länderspezifischen Gegebenheiten, die nichtkostendeckende Vergütung der Abbrüche und das Gefühl „sich im gesetzlichen Graubereich zu befinden“. Außerdem wird es immer schwieriger, Praxispersonal zu finden, das den SAB mitträgt bzw. sich ggf. den Anfeindungen aussetzt.

Zu der Schwierigkeit, eine*n Ärzt*in zu finden, können für Schwangere auch weitere Hürden durch Fahrtkosten, den Termin in der Beratungsstelle, Kosten bzw. bürokratischer Aufwand für eine Kostenübernahme des SAB, Fehlen am

Arbeitsplatz, Unterbringung der Kinder, Probleme bei der Rechtfertigung der Abwesenheit und vor allem Probleme mit der häufig gewünschten „Geheimhaltung“ hinzukommen.

In der Pandemie verschlechterte sich die Lage für die Betroffenen noch mehr: Die Kinderbetreuung fand zu Hause statt, Schulen und Kitas waren geschlossen, die Bewegungs- und Reisefreiheit war z. T. eingeschränkt, Quarantänen mussten eingehalten werden und obgleich ein SAB möglichst früh in der Schwangerschaft durchgeführt werden sollte, wurden viele Schwangere vertröstet.

Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Vorgestellt werden die Methoden für einen frühen SAB (bis zur 12. Woche nach Befruchtung bzw. 14. Woche nach letzter Menstruation). 96 % dieser SAB werden nach der Beratungsregelung durchgeführt (Abb. 3). Rund 32 % der Schwangerschaftsabbrüche werden medikamentös (mSAB) und 64 % operativ (opSAB) beendet [2]. Der unterschiedliche Ablauf der beiden Methoden wird in Tab. 3 erklärt.

Operativer Abbruch (opSAB). Der Eingriff wird im Allgemeinen unter einer kurzen Vollnarkose durchgeführt, dauert 2–10 min, ist risikoarm und findet zu über 80 % ambulant in Praxen niedergelassener Gynäkolog*innen [2] statt.

Medikamentöser Abbruch (mSAB). Beim mSAB kommen zwei Substanzen zum Einsatz: Mifepriston und Misoprostol. Sie bewirken eine künstliche Gelbkörperschwäche und führen zu Gebärmutterkontraktionen. Dadurch wird die Schwangerschaft beendet und abgeblutet.

Im Vergleich zu anderen Ländern werden in Deutschland nur 32 % aller Schwangerschaften medikamentös beendet. In der Schweiz – die Zulassung von Mifepriston erfolgte 1999 gleichzeitig mit Deutschland – werden mehr als 80 % so durchgeführt. Bemerkenswert ist, dass es auch innerhalb Deutschlands große regionale Unterschiede gibt. In Berlin werden fast 50 % der Schwanger-

schaften mit dieser Methode beendet, in Bremen nur knapp 20% [2]. Hier zeigt sich, dass nicht der Wunsch der Schwangeren bestimmend ist, sondern das ärztliche Angebot. Die Wahlmöglichkeit der Betroffenen bezüglich der Abbruchmethode wird somit z. T. stark eingeschränkt.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch zu Hause

Um besonders in der Pandemiezeit den Zugang für viele Betroffene zu ermöglichen, hat das „Familienplanungszentrum Balance e. V.“, Berlin in Kooperation mit dem Verein „Doctors for Choice, Germany“ 2020 das wissenschaftlich begleitete Projekt „Schwangerschaftsabbruch-zuhause.de“ gestartet, die telemedizinische Begleitung von mSAB. Die Autorinnen sind betreuende Ärztinnen dieses Projekts.

In vielen Ländern (u. a. Frankreich, Spanien, dem Vereinigten Königreich und der Schweiz) ist eine Variante des mSAB – auch „home use“ genannt – seit dem Jahr 2000 legal und viele Studien weisen seine Sicherheit nach [20]. Dabei findet der zweite Teil des Abbruchs – das Abbluten der Schwangerschaft – nicht in der Praxis, sondern „zu Hause“ statt. Durch die vielen gesetzlichen Vorschriften und Auflagen in Deutschland bedeutet der „home use“ bzw. telemedizinisch begleitete Abbruch jedoch deutlich mehr organisatorischen Aufwand als in anderen Ländern.

Eine telemedizinische Begleitung von ungewollt Schwangeren wird von der kanadischen Nichtregierungsorganisation „Women on Web“ (WoW) schon seit über 15 Jahren praktiziert. 2020 hatte die Organisation bereits mehr als 30.000 Personen weltweit begleitet [21]. Obwohl ursprünglich Länder ausgeschlossen wurden, in denen es einen legalen Zugang zu den Medikamenten gibt, werden seit 2019 auch Anfragen aus Deutschland bearbeitet. Die Anfragen aus dem Jahr 2019 wurden in einer Studie ausgewertet [22]. Insgesamt hat es 1090 Anfragen aus Deutschland gegeben, obwohl diese Form der SAB hier illegal ist. Etwa die Hälfte der Personen wählte diese Form mit der Begründung

„Notwendigkeit der Geheimhaltung“ („need for secrecy“), die andere Hälfte gab den Wunsch nach Diskretion („wish for privacy“) an. Insbesondere vulnerable Gruppen wie Jugendliche oder illegalisierte Migrant*innen wenden sich an WoW.

Nach persönlicher Kommunikation mit „Women on Web“ hat sich die Anzahl der Anfragen aus Deutschland in den Jahren der Pandemie verdoppelt und lag 2020 bei 2285 und 2021 bei 2041. Dies sind 10-mal mehr Anfragen als im Berliner Projekt. Ein Grund dafür könnten die Hürden der gesetzlichen und bürokratischen Vorschriften sein, die das Projekt „Schwangerschaftsabbruch-zuhause“ einhalten muss. Diese sind für einen nicht unerheblichen Teil von ungewollt Schwangeren immer noch zu hoch.

Fazit

Schwangere, die das Abbrechen der Schwangerschaft erwägen, befinden sich meist in einer Ausnahmesituation. In dieser Situation ist es notwendig, eine empathische Begleitung zu ermöglichen und Hürden aus dem Weg zu nehmen, damit die Betroffenen in Ruhe entscheiden können, ob sie die Schwangerschaft austragen oder abbrechen möchten. Besonders Frauen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen und Alleinerziehende verzichten u. a. aus Kostengründen auf Verhütung, werden häufiger schwanger und haben höhere Abbruchzahlen.

Es gibt viele Hinweise darauf, dass die Versorgung von ungewollt Schwangeren in Deutschland unzureichend ist. Außer in Großstädten gibt es selten die Möglichkeit, zeit- und wohnortnah eine betreuende Ärzt*in zu finden und zwischen den verschiedenen Methoden für die Beendigung einer Schwangerschaft zu wählen. Insbesondere für vulnerable Gruppen sind die gesetzlichen Hürden, wie etwa die Vereinbarung eines Termins in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, die Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse und die Suche nach einer Einrichtung, die schließlich den Abbruch durchführt, hoch. Die COVID-19-Pandemie hat die

se Problematik in einigen Regionen für Einzelne verschärft. Dies zeigen Projekte wie „Schwangerschaftsabbruch-zuhause“ oder „Women on Web“.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jana Maeffert
Gyn-Praxis Nova
Schönhauser Allee 81, 10439 Berlin,
Deutschland
jana.maeffert@praxisnova-berlin.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Maeffert und C. Tennhardt geben an: Als Autorinnen versichern wir, dass in Bezug auf den Inhalt des folgenden Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen, die sich aus einem Beschäftigungsverhältnis, einer Beraterinnen-Tätigkeit oder Zuwendungen für Forschungsvorhaben, Vorträge oder anderen Tätigkeiten ergeben. Die Autorinnen sind aber Personen, die schwanger werden können. Sie führen selbst Schwangerschaftsabbrüche durch und sind im Vorstand der Organisation „Doctors for Choice Germany“.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Gesellschaft für Dienste im Alter <https://www.gda.de/leben-im-alter/ratgeber/pflegelexikon/erklarung/begriff/vulnerabilitaet>. Zugegriffen: 21. Aug. 2022
2. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022) Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12 Reihe 3 (Artikelnummer: 2120300217004)
3. Helfferich C (2016) frauen leben 3. BzGA. https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf. Zugegriffen: 15. Nov. 2022
4. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2022) Verborgenes Sehen, die Krise der unbeabsichtigten Schwangerschaften. UNFPA Weltbevölkerungsbericht. DSW, Hannover
5. Familie heute (2020) Daten. Fakten. Trends – Familienreport
6. <https://newstextarea.com/deutsch/die-fruchtbarkeitsrate-steigt-in-england-und-wales-zum-ersten-mal-seit-einem-jahrzehnt/>. Zugegriffen: 22. Aug. 2022
7. <https://www.frauenrat.de/themen/armut/>. Zugegriffen: 21. Okt. 2022
8. Hübgen S (2020) Armutsrisiko alleinerziehend: Die Bedeutung von sozialer Komposition und institutionellem Kontext in Deutschland. Budrich, Leverkusen, S 21 <https://doi.org/10.3224/86388818>. ISBN 978-3-86388-448-2.
9. Renner I, van Staa J, Neumann A et al (2021) Frühe Hilfen aus der Distanz – Chancen und Herausforderungen bei der Unterstützung psychosozial belasteter Familien in der COVID-19-Pandemie.

- Bundesgesundheitsblatt 64:1603–1610. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03450-6>
10. Schwangerschaftsberatung § 218 Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch; Erhältlich beim Publikationsverband der Bundesregierung Postfach 48 1009 18132 Rostock Tel.: 030 182722721 Fax: 030 18102722721 E-Mail: publikationen@bundesregierung.de Internet: www.bmfsfj.de, Zugriffen 15. Nov. 2022
 11. <http://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2019025>. Zugriffen: 21. Aug. 2022
 12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) Verhütungsverhalten Erwachsener 2018, Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung ISBN 978-3-946692-64-5.
 13. Hintzpeter B, Krause L, Vogelgesang F, Prütz F (2022) Sexual- und Verhütungsverhalten von jungen Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 7(2):7–22. <https://doi.org/10.25646/9872>
 14. Helfferich C, Holz JL, Knittel T et al (2021) „Risk it“ – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. *Bundesgesundheitsblatt* 64:1408–1415. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03439-1>
 15. pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband Selbstbestimmt verhüten! Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Abschlussevaluation des Modellprojekts biko. www.biko-verhuetung.de www.profamilia.de. Zugriffen: 15. Nov. 2022
 16. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztstatistik/aerztstatistik-2020>. Zugriffen: 15. Nov. 2022
 17. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch>. Zugriffen: 15. Juni 2022
 18. <https://www.br.de/nachrichten/bayern/schwangerschaftsabbrueche-in-bayern-immer-noch-schwierig,T5d819z>. Zugriffen: 15. Nov. 2022
 19. Engelhardt U (2022) Versorgungslage zum Schwangerschaftsabbruch – ausreichend oder gibt es weiße Flecken? Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover, S 14 (Rundbrief 48 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit)
 20. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J (2021) Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG* 128(9):1464–1474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>
 21. <https://www.authorea.com/users/359267/articles/481388-10-year-evaluation-of-the-use-of-self-managed-abortion-through-telemedicine-a-retrospective-cohort-study>. Zugriffen: 15. Nov. 2022
 22. Killinger K, Günther S, Gomperts R, Atay H, Endler M (2022) Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. *BMJ Sex Reprod Health* 48(e1):e6–e12. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2020-200789>
 23. Roth J Schwangerschaftsabbruch: Die Abschaffung von Paragraf 219a ist „nur ein Schritt“; Apothekenrundschau. <https://www.apothekenumschau.de/familie/schwangerschaft/die-abschaffung-von-paragraf-219a-ist-nur-ein->

[schritt-848289.html](https://www.bundesgesundheitsblatt.de/schritt-848289.html). Zugriffen: 21. Aug. 2022 (aktualisiert am 24.06.2022)

Springer Nature oder sein Lizenzgeber (z.B. eine Gesellschaft oder ein*e andere*r Vertragspartner*in) hält die ausschließlichen Nutzungsrechte an diesem Artikel kraft eines Verlagsvertrags mit dem/den Autor*in(nen) oder anderen Rechteinhaber*in(nen); die Selbstarchivierung der akzeptierten Manuskriptversion dieses Artikels durch Autor*in(nen) unterliegt ausschließlich den Bedingungen dieses Verlagsvertrags und dem geltenden Recht.